

Patientendaten

Vorname/Name

Geburtsdatum

Straße + Hausnummer/Postleitzahl/Ort

Telefon oder Mobil

E-Mail-Adresse

Versichertendaten (Sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Vorname/Name (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße + Hausnummer/Postleitzahl/Ort

Telefon oder Mobil

E-Mail-Adresse

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse/Versicherung

gesetzlich Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

privat Sind Sie Beihilfe berechtigt? Ja Nein

Gerne würden wir wissen, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:

Internet persönliche Empfehlung Tageszeitung/Zeitschriften Sonstiges _____

Anamnese

Vorname/Name

| | Ja | Nein | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Befinden Sie sich in ärztlicher oder fachärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, in welcher Praxis? |
| Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich angefertigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche? |
| Sind Ihnen Geräusche, wie ein Knacken im Kiefergelenk, je bewusst aufgefallen (z. B. beim Gähnen, Kauen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontitisbehandlung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche (ASS, Marcumar, Plavix, Clopidogrel, Xarelto, etc.)? Wenn möglich, nennen Sie Ihren Quick-Wert oder INR. |
| Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt (Infusion)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche (z. B. Zometa, Pamifos, Aredia, Aclasta, etc.)? |
| Haben Sie Herzerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche? Wurden Sie am Herz operiert? |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Haben Sie zu hohen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Haben Sie Allergien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche? |
| Werden Sie aufgrund von Osteoporose behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Leiden Sie an Tumorerkrankungen (Krebs)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welcher Tumor? |
| Haben Sie Anfälle/Krämpfe (z. B. Epilepsie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Liegt eine Blutungsneigung vor (Hämophilie/Bluterkrankungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Haben Sie eine Augenerkrankung (Engwinkelglaukom)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Haben Sie eine Zuckerkrankheit (Diabetes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, Typ 1 oder Typ 2? |
| Bekommen Sie eine Dialyse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Leiden Sie unter Infektionskrankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche (Hepatitis A/B/C, HIV+, Tuberkulose)? |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ist eine Schwangerschaft bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welcher Monat? |

Sonstiges

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)